

LA ENTREVISTA EN TERAPIA FAMILIAR

Dra. Dámaris Muñoz

Dr. Guillem Feixas

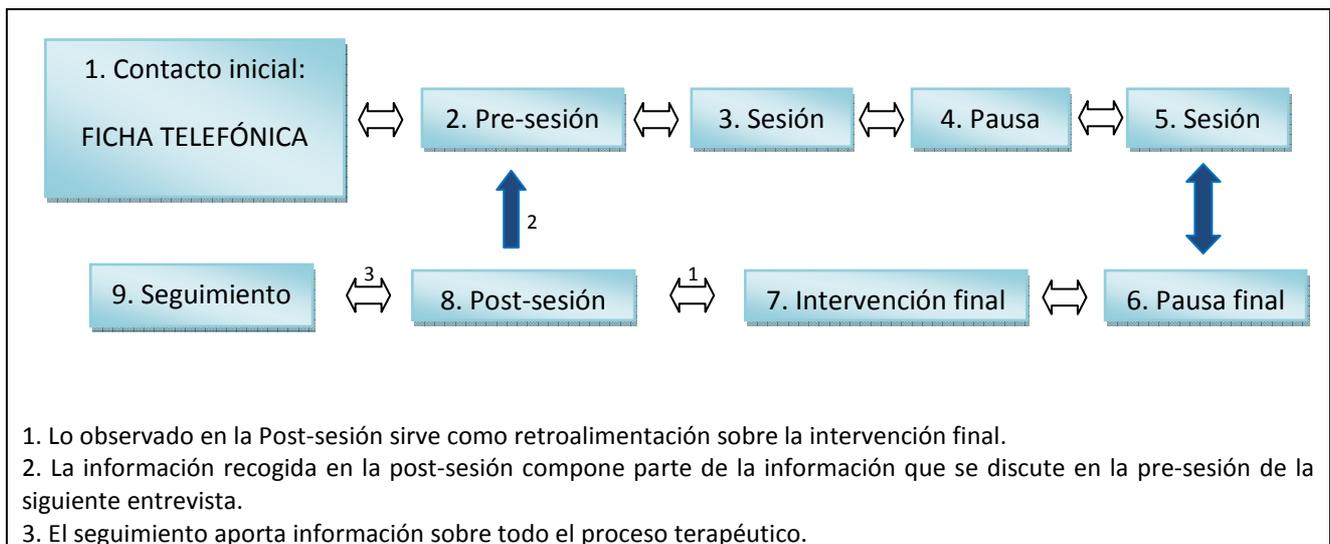
Adrián Montesano

Victoria Compañ

Los objetivos principales de la entrevista en terapia familiar son recoger información sobre el estado del Paciente Identificado (PI) y su familia, así como modificar los aspectos relacionados con el síntoma.

El esquema de entrevista diseñado por el grupo de Milán que exponemos a continuación ha sido ampliamente seguido por la mayoría de equipos de terapia familiar sistémica, es decir, marcó la pauta del trabajo sistémico:

Figura 1. Esquema del proceso terapéutico sistémico (Adaptado de Navarro, 1992)



1. FICHA TELEFÓNICA:

El objetivo es recoger los datos básicos de la familia, establecer la relación y ofrecer información del Centro con el que familia ha contactado.

Cuadro 1. Modelo general de ficha telefónica.

Fecha del contacto:

Persona que contacta:

Apellidos de la familia:
Domicilio y teléfono:
Nombre de quién tiene el problema:
Profesional que deriva y mensaje (motivo por el que deriva):
GENOGRAMA: Nombres, edad, profesión y cualquier otro dato destacado:
Padre:
Madre:
Hijos (por orden de edades):
ABUELOS MATERNOS Y PATERNOS (nombres, edad, estado de salud, dónde y con quién viven):
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:
OBSERVACIONES:
Tratamientos previos:
Otros servicios asistenciales implicados:
MEDICACION:

Cabe destacar los siguientes puntos:

1. La persona que contacta normalmente suele ser el miembro de la familia más implicado o interesado en el problema y su posible solución. Nos referiremos a *demandante* o *cliente* a la persona interesada y PI (Fisch et al., 1984).
2. Derivante. Es importante saber quién y cómo hace la petición de derivación a fin de conocer las posibles expectativas que ha construido la familia y en qué grado el derivante continua vinculado y ejerciendo una función dentro de la familia.
3. Información de la familia nuclear y de origen de ambas partes. Nos permitirá identificar el momento del ciclo vital en el que se encuentra la familia, así como las posibles dificultades y/o recursos de los que dispone la familia para manejar dicho momento.
4. Definición del problema. El objetivo principal es recoger la definición de lo que está sucediendo. En función del tiempo del que disponga el terapeuta y la persona que contacta se ahondará más o menos en la situación problema. Es importante recordar, que el objetivo de la ficha telefónica no es realizar una entrevista.
5. Observaciones. En este punto se recogen las impresiones que el terapeuta ha tenido a lo largo de la ficha telefónica. Pueden referirse a la persona que contacta, a la familia y/o al problema.

6. Informe de quién deriva. Nos permite recoger las soluciones previamente intentadas con la familia y el efecto que tuvieron.

7. Medicación. En primer lugar nos facilita conocer el abordaje farmacológico en determinados cuadros clínicos, la explicación de posibles comportamientos o reacciones que guardan relación con los efectos secundarios del psicofármaco, así como el efecto homeostático que tiene en la familia.

8. Evaluación del/os problema/s. El objetivo es que la persona que contacta puede evaluar de 0-10 la gravedad de los problemas por los cuales la familia solicita ayuda.

9. Otra información. En este apartado se recogerá aquella información que no está directamente relacionada con el síntoma, pero es importante conocerla (por ejemplo: tratamientos previos, enfermedades, cambios de residencia, etc.)

10. Genograma. Respecto a la elaboración del genograma es importante que queden plasmadas las tres generaciones (abuelos, padres e hijos).

Como hemos comentado anteriormente, uno de los objetivos de la ficha telefónica es informar sobre las condiciones de trabajo del centro. Es decir, se informará sobre el número (dependerá del formato de terapia), la duración (alrededor de una hora y media) y la periodicidad de las sesiones (quincenal y/o mensual en función de las condiciones del centro y/o de punto del tratamiento en el que se encuentre la familia) así como de los honorarios del centro.

La ficha telefónica concluirá ofreciendo cita a la familia para realizar la primera sesión de terapia.

2. PRE-SESIÓN:

Es un tiempo de la entrevista que oscila entre 15 y 30 minutos cuyos objetivos son revisar la información recogida en la ficha telefónica y elaborar hipótesis circulares en relación al funcionamiento familiar así como la línea de trabajo a seguir durante la sesión. El contenido de la pre-sesión oscilará en función del momento de la terapia.

En la pre-sesión de la primera sesión se revisa la información recogida en la ficha telefónica. El siguiente paso dependerá del objetivo de la intervención. Si se centra en el juego familiar será necesario realizar el genograma trigeneracional de ambas familias de origen y elaborar hipótesis circulares en relación al problema que acontece en el sistema familiar. En la pre-sesión, el terapeuta junto al equipo, programarán los objetivos de la sesión, las áreas sobre las cuales será necesario indagar y las preguntas concretas, así como el orden en el que realizarlas.

En la pre-sesión de las sesiones posteriores a la inicial, se revisarán los datos más relevantes, así como la posibles tareas prescritas en la sesión anterior. Por otro lado, ante las mejorías realizadas por la familia se validarán las hipótesis inicialmente formuladas. En caso de no producirse una mejoría se valorarán las posibilidades de cambio de la familia en términos de síntoma, dinámica relacional y el efecto de la intervención.

3. SESIÓN:

La duración de la sesión de terapia familiar oscila entre una hora y una hora y media aproximadamente y presenta un doble objetivo centrado en la evaluación y la intervención.

En la primera sesión de terapia familiar es necesario definir el contexto. Consta de: *presentación* (el terapeuta se presenta y pide que cada miembro de la familia también lo haga) y *orientación* (se expondrán las condiciones de la terapia: honorarios, duración, periodicidad, entre otras y las condiciones técnicas: trabajo en equipo, grabación de las entrevistas familiares, entre otras).

Las condiciones de la terapia deben ser aceptadas por toda la familia. El consentimiento deberá ser explícito invitando a cada uno de los miembros a firmar el contrato terapéutico. Estas condiciones también son conocidas como *marcas de contexto* y pueden ser recibidas por la familia de tres maneras: 1) aceptación (se establece la relación de complementariedad habitual en terapia), 2) no-aceptación (se negocia con la familia el aspecto concreto con el que no está de acuerdo) y 3) no-aceptación encubierta (no existe posibilidad de negociar. En estos casos la predicción de cambio terapéutico es muy baja).

En la sesión se identifican dos partes importantes:

1) *La entrevista con la familia*. La duración total de la sesión oscila entre una hora y una hora y media incluyendo las dos pausas comentadas con anterioridad. Los objetivos principales son: establecer la relación, evaluar la dinámica familiar en relación al síntoma, posibilidad de cambio respecto a la situación sintomática y elaboración de la intervención final.

Por regla general, los objetivos de la entrevista se conducen mediante la formulación de preguntas centradas en dichos temas. En los momentos iniciales es recomendable dirigir preguntas abiertas para toda la familia y facilitar que todos ellos puedan participar ordenadamente. Con la información obtenida deberán contrastarse las hipótesis elaboradas en la pre-sesión. El cambio en la situación sintomática se puede conseguir forzando una nueva respuesta, conduciendo a la familia a considerarlo de diferente manera o preparándola para que acepten tareas que se prescribirán al final de la sesión. Como parte del establecimiento de la relación es importante que el terapeuta cuide su escucha activa a fin de afianzar el compromiso con el sistema familiar.

2) *La consulta con el equipo*. Generalmente la consulta con el equipo se realiza en dos momentos: hacia la mitad de la entrevista y al final. La finalidad es consensuar un mensaje y una tarea para ofrecerle a la familia. También puede servir de ayuda al terapeuta para orientar la entrevista con la familia.

En la primera pausa, habitualmente, se diseña la línea de trabajo de la entrevista y en la pausa final se debate sobre la información obtenida y se elabora la intervención final. La misión del equipo terapéutico radica en facilitar al terapeuta un espacio de comprensión ante las posibles dificultades surgidas durante la entrevista y ofrecer una visión alternativa sobre el problema por el que está consultando la familia. En ocasiones, puede utilizarse al equipo terapéutico en la intervención final (por ejemplo: las mujeres del equipo consideran...).

4. LA INTERVENCION FINAL:

Esta fase de la entrevista puede tener una duración de 1 a 30 minutos. El objetivo es conseguir que la familia alcance un cambio en relación a la conducta sintomática como consecuencia de las orientaciones y tareas propuestas por el terapeuta.

5. LA POST-SESIÓN:

Tras la finalización de la sesión, los miembros del equipo destinan alrededor de 10 minutos a contrastar la evaluación realizada hasta el momento y analizar la respuesta de la familia ante la intervención final. La aceptación o rechazo ante la intervención final puede manifestarse directamente o de manera no-verbal.

6. EL SEGUIMIENTO:

Pasados seis meses después de finalizar la terapia se retoma el contacto con la familia a fin de evaluar posibles problemas que hayan surgido y la eficacia de los métodos terapéuticos empleados en la terapia.

Es importante diferenciar que la entrevista de seguimiento no pretende continuar con la terapia, sino evaluar la eficacia de la misma. Habitualmente se evalúa mediante un cuestionario y/o entrevista.

7. EL DESARROLLO DE LA TERAPIA, la entrevista como instrumento de toma de decisiones:

Información del cambio. La entrevista sigue un método de recogida del contenido que transita de lo más simple hacia lo más complejo. Es importante que el grado de complejidad se mantenga en las sesiones a fin de garantizar el cambio y hacer explícitos los recursos de la familia.

Información de no-cambio. Ante el incumplimiento de las tareas prescritas es fundamental conocer si las causas son internas o externas al sistema familiar. Frente al incumplimiento el terapeuta deberá reajustar la tarea para que se adapte a las condiciones de la familia. Nótese que no es la familia la que debe ajustarse a la tarea sino la tarea a la respuesta de la familia.

La entrevista como elaboración e instrumento de cambio. En ocasiones, cuando la familia comparte ciertos temas privados que han sido ocultados o toman conciencia sobre su funcionamiento, el cambio empieza a movilizarse. Durante la entrevista, para producir una ruptura de una pauta de interacción, es necesario focalizarse en dicha pauta, intensificarla y ofrecer una alternativa más funcional.

La entrevista como instrumento para la toma de decisiones. Para poder recoger información y diseñar una tarea adecuada es fundamental evaluar las posibilidades de cambio en relación a la dinámica familiar, así como emplear un método fiable. Posteriormente, para diseñar las intervenciones es importante considerar tres variables: la información obtenida, la intervención propuesta y las reglas que transforman la información en intervención.

8. LA ÚLTIMA ENTREVISTA:

Se estructura de la siguiente manera:

- 1) Elaboración del final. Se comienza en la primera entrevista cuando en las marcas de contexto se expone a la familia el número de sesiones al que se limita el tratamiento. Salvo algunas excepciones en las que el caso es muy complejo y se está produciendo un cambio, no se recomienda ampliar el tratamiento.
- 2) En un formato de 10 sesiones, en la quinta se anunciará a la familia que hemos alcanzado el ecuador de la terapia.
- 3) Al final de la octava sesión y como parte de la intervención final, se anuncia que faltan dos sesiones y se expone que como parte del proceso terapéutico podría producirse una recaída ya que pueden pensar que van a quedarse sin el apoyo del equipo. Con este mensaje se hace explícito que el tratamiento está en las

puertas de finalizar y que la resistencia de ellos a que concluya la terapia puede hacer aflorar de nuevo alguna conducta sintomática.

4) En el comienzo de la novena sesión, se pregunta al PI si se ha producido alguna recaída que se anticipó en la sesión anterior. En caso negativo se reforzarían los logros, y en caso negativo, se normalizaría la respuesta como parte del proceso de cambio.

5) La última entrevista se organizan de la siguiente manera: se pide que la familia expongan los cambios alcanzados con las tareas y las estrategias descubiertas para manejar exitosamente el/los síntoma/s. En este sentido, el terapeuta puede preguntar a la familia sobre qué es lo que podrían hacer para volver a recaer y qué es lo que tendrían que hacer para solucionarlo. Por otro lado, también se les pide que se marquen unos objetivos a medio plazo que serán revisados en la sesión de seguimiento. Y, tras la pausa final, la devolución de la sesión irá en dos direcciones, por un lado, en resumir las metas alcanzadas y por otro, en contemplar la posibilidad de recaída haciendo especial hincapié en los recursos que han demostrado tener para prevenirla. Finalmente, es muy importante que tanto el terapeuta como el equipo concedan el mérito del cambio a la familia y a sus propios recursos. Si la familia se atribuye el protagonismo del cambio, se tienen mayores garantías de que el cambio se mantendrá en el tiempo.

Referencia

Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.